

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

токсикации и эозинофилия; при этом отсутствие кожных изменений и/или поражений мягких тканей также указывает на раннюю стадию заболевания, при которой специфическая терапия гарантирует полное излечение без остаточных явлений.

Посевы крови на гемокультуру и стерильность не выявили рост патогенных микроорганизмов, при микроскопии толстой капли крови малярийный плазмодий не был выявлен, РСК с сыпнотифозным диагностикумом дала отрицательный результат; назначенное при поступлении лечение цефтриаксоном внутривенно по 2,0 один раз в сут-

ки не дало клинического эффекта. В итоге пациент был выписан на четвертые сутки госпитализации с диагнозом «филяриатоз неуточнённый, предположительно онхоцеркоз», рекомендована специфическая терапия альбендазолом, ивермектином либо диэтилкарбамазина цитратом, желательно – в специализированном стационаре страны постоянного проживания.

Выводы. В заключении надеемся, что описанный нами случай филяриатоза будет полезен инфекционистам и терапевтам для дифференциальной диагностики в практической деятельности.

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИЕЙ

Зыкова О.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В диагностике дерматозов важную роль играет оценка состояния ногтевых пластинок, которые являются производными кожи. Здоровые ногти считаются неотъемлемой составляющей здорового внешнего вида человека, и любая патология ногтей существенно нарушает качество жизни пациента [1]. В этом отношении псориаз является актуальным заболеванием для тщательного анализа ногтевого статуса. Известно, что около половины пациентов с псориазом страдают поражением ногтевых пластин [1, 2]. Актуальность поражения ногтей как определяющего фактора тяжести псориаза для определённой части пациентов подтверждается возможностью изолированного поражения ногтей на начальном этапе развития заболевания, выделение псориатической ониходистрофии как самостоятельной патологии при псориазе (Kahl C et al., 2012 и др.), а также многочисленные исследования, посвящённые разработке и оценке эффективности наружных и системных лекарственных средств для лечения ногтевых дистрофий при псориазе (Scher RK et al., 2001, Rigopoulos D et al., 2002, Machrle G. et al., 1995, Reich, K., 2009, Rigopoulos D et al., 2009, Kahl, C. et al., 2012). В то же время в многочисленных исследованиях доказан системный характер псориаза, описаны признаки структурной и патогенетической связи между аутоиммунным воспалительным поражением мелких суставов кистей и околосуставных структур и поражением ногтевых пластин [3, 4]. Ониходистрофия является одним из непостоянных диагностических симптомов как псориаза, так и псориатического артрита. Признак псориатического поражения ногтей является одним из составляющих всех диагностических критериев псориатического артрита. Тяжесть поражения ногтей при псориазе может быть прямо взаимосвязана с тяжестью поражения кожи и суставов [1], хотя нередко такая связь не прослеживается в группах обследованных. Псориатическое воспаление может локализоваться как в зоне ногтевого ложа, так и в зоне матрикса ногтя. Известны разнообразные поражения обеих вышеуказанных локусов ногтей. Они проявляются изменением цвета, характера поверхности, сте-

пенью соединения ногтевой пластины с подлежащими структурами кожи ногтевых частей пальцев вплоть до полного отслоения. Показано, что онихолизис является признаком, который наиболее тесно связан с псориатическим артритом [5].

Наиболее частыми вариантами псориатической ониходистрофии считаются пунктиформность, тип «масляного» пятна, онихолизиса. Наличие продольной исчерченности, трахионихий, линий Бо, подногтевых геморрагий и других видов дистрофии могут указывать на сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, нарушения обмена веществ или эндогенной интоксикации.

Целью исследования были субъективные и объективные признаки поражения суставов у пациентов дерматологического стационара, страдающих псориазом.

Материал и методы. Обследованы 306 пациентов дерматологического стационара, страдающие псориазом. Из них у 81 пациента диагностировано псориатическое поражение кожи, у 154 пациентов была установлена артропатическая форма псориаза, у 71 пациента - признаки псориатического поражения кожи и ногтевых пластин. Пациенты из третьей подгруппы составили группу исследования. Пациентов обследовали клинически и рентгенологически. Учитывали возраст, стаж псориаза, возраст первичной манифестации псориатической ониходистрофии; клиническую форму псориатического поражения кожи. Для оценки степени тяжести заболевания рассчитывали индекс PASI [6, 7]. Всех пациентов опрашивали на предмет наличия болей или дискомфорта в суставах кистей и стоп, крупных суставов, позвоночного столба; возраст первичного проявления данных симптомов. Выполняли рентгенологическое исследование суставов кистей и стоп. Полученные цифровые данные обрабатывали с помощью пакета статистических программ Excel.

Результаты и обсуждение. В группе обследованных мужчины составили большинство пациентов (63 мужчин, 8 женщин) в соотношении 7,9 : 1. Средний возраст составил 43,3±1,6 лет. Средняя длительность заболевания составила 17,46±1,26

лет. Универсальное поражение кожного покрова установлено у 2, распространённое – у 69 пациентов. У обследованных пациентов преобладали не вульгарные клинические формы поражения кожи: обыкновенная клиническая форма установлена у 25 пациентов (35%), крупнобляшечная – у 19, экссудативные варианты – у 19, псориазная эритродермия – у 2 пациентов, другие формы – у 6 пациентов (всего 65%). PASI составил $29,4 \pm 2,7$ баллов в группе. Средний возраст появления симптомов ониходистрофии составил $35,72 \pm 1,67$ лет. Доминирующими клиническими формами поражения ногтевых пластин являлись пунктиформная дистрофия, симптом «масляного пятна» и различные варианты онихолизиса. У большинства пациентов определялось сочетание указанных симптомов. У части из них установлены также псориазные паронихии и некоторые другие клинические формы поражения зоны ногтевого ложа или матрикса. У 13 пациентов (18%) установлено часто- и непрерывно рецидивирующее течение псориаза. При расспросе почти треть (28%) пациентов указали на наличие артралгий, средний возраст появления которых составил $38,6 \pm 2,0$ лет. Рентгенологическое исследование выявило признаки поражения суставов кистей и стоп как у пациентов с признаками артралгии, так и у пациентов без таковой. При сравнении результатов исследования показателей исследуемой группы с подгруппой пациентов с артропатическим псориазом установлено, что в последней реже регистрировался вульгарный псориаз, чаще – непрерывно рецидивирующее течение; средний возраст, стаж псориаза, средний возраст появления ониходистрофии несколько превышали таковые в исследуемой группе, а среднее значение индекса PASI оказалось более низким.

Таким образом, целевой опрос пациентов с псориазом позволил

выявить субъективные симптомы артропатии почти у трети пациентов. При этом рентгенологические признаки поражения суставов кистей и стоп выявлены независимо от наличия симптомов артралгии.

Выводы. Пациенты с псориазом являются целевой группой для активной диагностики артропатии и формирования группы диспансерного наблюдения.

Литература

1. Reich, A. Health related quality of life in patients with nail disorders/ A. Reich, J.C. Szepietowski // Am. J. Clin. Dermatol. – 2011. – N 12 (5). – P. 313–20.
2. Kahl, C. Nail psoriasis-an ignored disorder. Pathogenesis, diagnosis and therapy / C.Kahl, B. Hansen, K. Reich // Hautarzt. 2012 Mar;63(3):184-91
3. McGonagle, D. Enthesites: an autoinflammatory lesion linking nail and joint involvement in psoriatic disease / JEADV. – 2009. – N 23. – Suppl. 1. – P. 9–13.
4. Aydin, S.Z. Ultrasonographic assessment of nail in psoriatic disease shows a link between onychopathy and distal interphalangeal joint extensor tendon enthesopathy / S.Z.Aydin [et al.] // Dermatology. – 2012. – N 225 (3). – P. 231–35.
5. Love, T.J. Small joint involvement in psoriatic arthritis is associated with onycholysis: the Reykjavik Psoriatic Arthritis Study/ T.J.Love [et al.] // Scand J Rheumatol. – 2010. – N 39. – P. 299–302.
6. Лукьянов, А.М. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии: метод. пособие / А.М. Лукьянов. – Минск : ДокторДизайн, 2011. – 192 с.
7. Адашкевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адашкевич. – М. : Мед кн, 2004. – 165 с.
8. Reich, K. Approach to managing patients with nail psoriasis // JEADV. – 2009. – N 23. – Suppl. 1. – P. 15–21.

ПСОРИАЗ: РОЛЬ КИШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ

Козин В.М., Козина Ю.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время существуют научные доказательства, что псориаз является иммунным заболеванием, которое опосредуется Т-клетками. Вероятна роль аутоантигена(ов) с высокой экспрессией в эпидермально-сосочковой зоне кожи [4].

У больных псориазом система Т-клеточного иммунитета постоянно активирована, однако механизм активации Т-клеток остается неизвестным. Роль триггера могут выполнять различные антигены бактериальной и вирусной природы, экологические факторы. Вероятно и значение в течении псориаза процесса кишечных аутотоксинов, возникающих при повреждениях различных отделов пищеварительного тракта [5].

Цель. Изложить основные современные представления о связи псориаза с кишечной патологией и предлагаемых направлениях ее коррекции.

Материал и методы. Анализ научной литературы по проблеме, касающейся влияния кишечной патологии на течение псориаза.

Результаты и обсуждение. Нерациональный профиль питания, заболевания двенадцатиперстной кишки и/или тощей кишки приводят к нарушению барьерной функции кишечника, что часто выявляется у больных псориазом [1]. У них обнаруживается атрофия кишечных ворсинок, истончение кишечной стенки, особенно в верхних отделах тонкого кишечника. Возникающий избыток аутотоксинов поглощается и транспортируется для экскреции кожей, что, вероятно, провоцирует или поддерживает псориазный процесс.

Усиление проницаемости кишечника позволяет бактериям и эндотоксинам попадать в систему воротной вены или большой круг кровообращения. Насыщение организма бактериями и эндотоксинами